

## P47

**140. LA CANULACIÓN APICAL PARA EL ABIOMED BVS 5000 OPTIMIZA EL FLUJO MEDIO Y EL SANGRADO PERIOPERATORIO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**

Pérez-Caballero R, Pita Fernández A, Otero Saiz J, Donado Miñambres A, Novoa Lago E, Ruiz Fernández M, Cuerpo Caballero G, Rodríguez-Abella H, Rodríguez-Roda J, Barrio JM.<sup>a</sup>, González-Pinto A

*Hospital General Gregorio Marañón, Madrid*

En la actualidad existe controversia acerca del tipo adecuado de canulación para los dispositivos de asistencia circulatoria izquierda. Algunos autores defienden la superioridad de la canulación apical, en cuanto a la optimización de flujos medios del dispositivo y sangrado perioperatorio<sup>1,2</sup>.

En los últimos 2 años se han implantado en nuestro centro un total de 22 dispositivos Abiomed BVS 5000, 18 de ellos fueron canulados por el ápex del ventrículo izquierdo (grupo I), mientras que 4 fueron canulados por la aurícula izquierda (grupo II). Del total de enfermos, el 59,09% llegaron al trasplante cardíaco, falleciendo el 30% de los trasplantados; la mortalidad global fue del 54,55%.

Analizando comparativamente las cifras de sangrado medio en 24 h y el flujo medio del dispositivo en nuestra serie, el grupo I presentó unas cifras de flujo medio significativamente

mayores (4,8 l/min en el grupo I frente a 4,1 l/min en el grupo II), así como menos sangrado 24 h.

La mortalidad del grupo I fue del 50% (9 de 18), frente al 75% del grupo II (1 de 4).

A pesar del reducido número de enfermos, los datos obtenidos en nuestro centro insinúan mejores parámetros hemodinámicos usando la canulación apical. Sería necesario realizar estudios posteriores con un mayor tamaño muestral para obtener conclusiones definitivas.

1. Lohmann DP, Swartz MT, Pennington DG, McBride LR, Reedy JE, Miller L. Left ventricular versus left atrial cannulation for the Thoratec ventricular assist device. *ASAIO Trans.* 1990;36:M545-8.
2. Akhter SA, Raman J, Jeevanandam V. Technique for left ventricular apical cannulation for short-term mechanical circulatory support. *Ann Thorac Surg.* 1010;89:994-5.

## P48

**146. CIRUGÍA DEL DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL EN PACIENTE ADULTO**

Polo López L, Aroca Peinado A, González Rocafort A, Bret Zurita M, Cabestrero Alonso D, Sartor L, Oliver Ruiz JM.<sup>a</sup>, González García AE, Ruiz Cantador J, Villagrà Blanco F

*Hospital La Paz, Madrid*

Objetivos: el drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP) a vena cava superior (VCS) ocurre en 10-15% de pacientes con comunicación interauricular (CIA). La cirugía del DVPAP persigue asegurar un correcto drenaje de las venas pulmonares (VVPP) en la aurícula izquierda, sin cortocircuito residual, sin estenosis residuales de cavas ni de VVPP y sin alteraciones del ritmo cardíaco. Presentamos nuestra experiencia con esta cirugía.

Material y métodos: análisis retrospectivo de las historias clínicas de 21 pacientes con DVPAP a VCS mayores de 15 años, operados en la unidad de cardiopatías congénitas del adulto de nuestro hospital en los últimos 10 años. Diagnóstico con ecocardiograma (100%) y cardiorresonancia coadyuvante en 86%. El cateterismo se reserva para los casos de operabilidad dudosa y/o presencia de factores de riesgo coronarios. Indicamos la cirugía si el QP/QS > 1,5 y hay datos de sobrecarga hemodinámica.

Resultados: edad: 37 ± 18 años, 62% varones. Antecedentes de arritmia 24%, insuficiencia tricúspide (IT) > moderada 14%, doble VCS 19%. Clase funcional de *New York Heart Association* [NYHA] I (53%), II (38%), III (9%). Los estudios preoperatorios muestran CIA asociada en 90%, QP/QS 2,3 ± 0,7 y presión sistólica pulmonar 38 ± 9,8 mmHg. Definimos la localización del DVPAP como bajo (unión atriocava) en 19%, medio (debajo de vena ácigos) en 62%, y alto (a nivel de la ácigos) en 19%. La

cirugía se realizó por vía media, bajo circulación extracorpórea y con hipotermia moderada. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron túnel intracava mediante venotomía en 76%, Warden en 5%, y parche colocado desde aurícula derecha en 19%. Se asoció plastia tricuspídea en 14%.

No hubo mortalidad hospitalaria ni tardía. Los pacientes se extubaron en 9,8 ± 10 h, se trasladaron a planta el día 2,9 ± 1,5 y del hospital el día 8,8 ± 3. En el postoperatorio inmediato dos pacientes (10%) presentaron arritmias. El seguimiento es de 38 ± 31 meses. Un paciente (5%) presentó estenosis de VCS que se trató de forma percutánea con *stent*; el resto tienen correcta permeabilidad tanto del canal de VCS como el de VVPP.

Actualmente el grado funcional de la NYHA es I (81%) y II (19%). Las presiones pulmonares tienen valores normales y la IT es ≤ que trivial en 76% y leve en 24%.

Conclusiones: en nuestra experiencia, la cirugía del DVPAP del paciente adulto en una unidad de cardiopatías congénitas se realiza sin mortalidad y con mínima morbilidad. Recomendamos la cirugía de estos pacientes, ya que mejora su grado funcional, disminuye la IT y en el seguimiento se normalizan los valores de presión pulmonar.

La resonancia magnética es la prueba de imagen que localiza con mayor precisión el drenaje, orientándonos a elegir la técnica quirúrgica a emplear en cada caso.